



Søknadsskjema for:

Tjenester i hjemmet

- Helsehjelp i hjemmet
(Hjemmesykepleie / kreftomsorg /
demensomsorg/
hverdagsrehabilitering /
psykisk helsearbeid / STYRK)
- Praktisk bistand / opplæring
(hjemmehjelp / miljøarbeid)
- Trygghetsalarm

Boliger

- Omsorgsbolig (med bemanning)
- Bokollektiv
(for personer med demens)
- Utleiebolig

Oppgi hvor du primært ønsker bolig:

-

Andre tjenester

- Matombringing
- Dagaktivitetstilbud
- Støttekontakt / Treningskontakt
- Avlastning – privat / i hjemmet
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt Personlig Assistent (BPA)

Annet.....

Plass i institusjon

- Langtidsopphold - *sett kryss for ønske:*
 - Biri*
 - Snertingdal*
 - Sentrumsnært*
- Tidsbegrenset opphold
(korttidsopphold / avlastningsopphold)
- Rehabiliteringsopphold
- Opphold lindrende enhet

*Det er **betaling av egenandel** ved tjenestene praktisk bistand / opplæring, BPA, matombringing, trygghetsalarm, dagaktivitetstilbud og opphold i institusjon (unntatt avlastning)*

Personopplysninger tjenestemottaker:

Navn:

Personnummer:

Adresse:

Postadresse:

Telefonnummer:

Sivil Status: Gift/samboer Enke/enkemann Skilt Ugift/enslig

Ektefelle/samboer:

Personnr.:

Nærmeste pårørende:

Navn:

Slektsforhold:

Adresse:

Postadresse:

Telefon:

Fastlege:

Telefon:

Søknaden må være fullstendig utfylt og undertegnet - gjelder alle typer tjenester og bolig

Opplysninger om egen helse

Sykdommer / funksjonsnedsettelse / helsetilstand (fysisk og psykisk):

Beskriv konkret hvorfor du søker aktuelle tjenester / bolig:

Beskriv konkret hva du trenger bistand til:

Nåværende tjenester:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> BPA | <input type="checkbox"/> Dagaktivitetstilbud |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsearbeid | <input type="checkbox"/> Matombringing | <input type="checkbox"/> Støttekontakt/treningskontakt |
| <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm | <input type="checkbox"/> Annen hjelp /bistand |
| <input type="checkbox"/> Miljøarbeid | <input type="checkbox"/> Avlastning | Beskriv: |

Søknaden må være fullstendig utfylt og undertegnet - gjelder alle typer tjenester og bolig

Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes opplysninger fra annet helsepersonell, helseforetak, NAV og ligningskontor hvis det er nødvendig for behandling av min søknad.

I følge pasientjournalforskriften skal det opprettes journal for hver pasient. I Gjøvik kommune har vi elektronisk pasientjournal (EPJ).

Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig, og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling.

Sted _____ dato _____

Søkers underskrift

Underskrift av den som har bistått
med utfylling av søknad

Søknaden vil bli behandlet konfidensielt.

SØKNADEN SENDES TIL:

**Gjøvik kommune
Helse og omsorg
Tildeling og koordinering
Postboks 630
2810 Gjøvik**

Tlf. 61 18 97 77

Fax 61 18 96 11

Mail: tildeling-koordinering@gjovik.kommune.no

Web: www.gjovik.kommune.no